

ИНДИЯ. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: «СВЕРХУ» ИЛИ «СНИЗУ»?

Р.В. ДМИТРИЕВ

Кандидат географических наук
МГУ им. М.В.Ломоносова

Ключевые слова: Индия, демографическая политика, государственный уровень, региональный уровень

Первые заявления о необходимости проведения последовательной общегосударственной политики в области народонаселения прозвучали в Индии еще в 1-й половине XX в., до получения страной независимости. При этом политика планирования семьи в Индии проводилась, в основном, «снизу». Чтобы оценить эффективность нынешних программ в этой области, попытаемся проанализировать их особенности на государственном и региональном уровнях.

Начало реализации идей будущего премьер-министра Джавахарлала Неру и его сподвижников в этом направлении было положено спустя 13 лет после создания в 1938 г. Подкомиссии по проблемам населения в рамках Национального комитета по планированию. В 1940 г. Подкомиссия приняла резолюцию, в которой отмечалось, что «...планирование семьи и ограничение числа детей являются весьма важными, и государству следует принять политику их поддержки»¹. Но только в 1951 г. под эти лозунги был подведен юридический фундамент в виде положений первого 5-летнего плана развития страны (1951-1956 гг.). Сделав упор на добровольный характер внутрисемейного контроля над рождаемостью (в основе которого должен быть естественный контроль²), разработчики Национальной программы планирования семьи, тем не менее, подчеркивали необходимость научного обоснования и пропаганды иных методов.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УРОВЕНЬ

Меры, принимаемые с той поры правительством страны для регулирования численности населения, носили, в большинстве своем, также добровольный (или, вернее, добровольно-принудительный) характер. Лишь непродолжительный период в середине 1970-х гг. был ознаменован масштабным применением государ-

ственными органами методов насильственной стерилизации населения, получивших образное название «эффекта Санджая» (в честь Санджая Ганди - младшего сына находившейся в то время у власти Индиры Ганди - дочери Дж.Неру)*. И если в настоящее время 95,6% всех стерилизаций приходится на женщин³, то Санджай Ганди делал ставку на мужскую стерилизацию.

Тем не менее, проводимая в 1970-е гг. демографическая политика (а политика планирования семьи в Индии является, по своей сути, именно демографической политикой) принесла свои результаты: за десятилетие среднегодовые темпы прироста населения страны пусть и немного, но снизились - с 2,24 до 2,23%. Это произошло впервые с момента получения Индией независимости в 1947 г., и данная тенденция имеет место вплоть до настоящего времени (1,64% в среднем за год в течение первого десятилетия XXI в.).

И все же прогнозы значительного числа демографов сбылись: в 2000 г. численность населения страны превысила 1 млрд человек. Осознание масштабов колоссального демографического давления на природные, экономические, социальные и иные объекты привело к необходимости реализации мер не только на уровне

всей страны, но и на уровне отдельных регионов. И стало причиной начала важного этапа в реализации политики планирования семьи - в том же году было объявлено о создании Национальной комиссии по народонаселению во главе с премьер-министром страны А.Б.Ваджапай. В нее вошли видные врачи, демографы, другие представители общественности. Были выдвинуты основные задачи новой Национальной политики в области народонаселения, на решение которых отводилось 10 лет (до 2010 г.)⁴:

1) всеобщий доступ к качественным средствам контрацепции, следствием чего должны стать снижение суммарного коэффициента рождаемости до значения в 2,1 ребенка и установление в качестве нормы общества двухдетной семьи;

2) 100%-ный охват регистрации фактов рождения, смерти и заключения брака;

3) всеобщий доступ к информации о методах ограничения рождаемости и наличие абсолютно свободного выбора граждан в отношении планирования их семей;

4) снижение значения коэффициента младенческой смертности до 30% и резкое сокращение числа случаев рождения детей с дефицитом массы тела (менее 2,5 кг);

5) всеобщая иммунизация детей, полная ликвидация полиомиелита и почти полная - столбняка и кори;

6) исключение случаев вступления в брак девочек моложе 18 лет;

7) принятие 100%-ного числа родов квалифицированным персоналом;

8) сдерживание распространения венерических заболеваний;

9) снижение материнской смертности до менее чем 100 случаев на 100 тыс. живорожденных;

10) всеобщность начального образования и сокращение числа случаев прерывания среднего об-

* Подробнее см.: Горохов С.А., Дмитриев Р.В. Население Индии растет рекордными темпами // Азия и Африка сегодня, 2011, № 8.

Таблица 1

Желаемые тенденции изменения основных демографических показателей некоторых штатов Индии в соответствии с задачами региональной политики в области народонаселения к 2010-2011 гг.

Штат	Коэффициент рождаемости		Коэффициент смертности			Доля пар, использующих различные методы контрацепции, %
	Общий, %	Суммарный, детей	Общий, %	Младенческой, %	Материнской, случаев на 100 тыс. рождений	
Андхра-Прадеш	15,0	1,5	7,0	30,0	120,0	70,0
Раджастан	22,6	2,6	7,5	62,2	...	58,8
Мадхья-Прадеш	21,1	2,1	7,8	62,0	220,0	65,3
Уттар-Прадеш	21,6	2,6	9,5	67,0	370,0	46,3
Гуджарат	...	...	...	16,0	<100,0	70,0
Уттаракханд	19,9	2,1	...	28,0	<100,0	55,0
Гоа (2015 г.)	...	...	...	5,0	...	65,0
Махараштра	15,0	1,8	5,0	15,0	...	...

Составлено по: Goa Population Policy. Porvorim, Directorate of Health Services, Government of Goa. 2007; Health and Population Policy of Uttaranchal. Dehradun, Department of Medical Health and Family Welfare, Government of Uttaranchal. 2002; Maharashtra Govt. Resolution. State Population Policy. Mumbai, Public Health Department, Maharashtra Government. 2000; National Rural Health Mission. Andhra Pradesh State. Project Implementation Plan. Part A. Hyderabad, Department of Health, Government of Andhra Pradesh. 2005; Population Policy of Gujarat. Gandhinagar, Health and Family Welfare Department, Government of Gujarat. 2002; Population Policy of Madhya Pradesh. Bhopal, Department of Health and Family Welfare, Government of Madhya Pradesh. 2000; Population Policy of Rajasthan. Jaipur, Department of Family Welfare, Government of Rajasthan. 1999; Population Policy of Uttar Pradesh. Lucknow, Department of Health and Family Welfare, Government of Uttar Pradesh. 2000.

разования на первой и второй ступенях до менее чем 20% для лиц обоих полов.

Впрочем, и в XXI в. методы планирования семьи «снизу» в Индии преобладают. Так, в 2004 г. в штате Уттар-Прадеш действовала программа «Оружие в обмен на стерилизацию», в соответствии с которой индийцы, желавшие купить огнестрельное оружие или получить лицензию на него, должны были представить кандидатов на стерилизацию. Эта программа в 2008 г. реализовывалась и в некоторых районах штата Мадхья-Прадеш⁵.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ

Первым регионом, опыт разработки политики в области народонаселения которого в 1939 г. можно считать предвестником общенациональной стратегии в этом направлении⁶, было Президентство Бомбей*.

* Соотнести административные границы в Индии того времени и сегодня довольно сложно. Речь в данном случае идет о прибрежных участках современного штата Махараштра, части Карнатаки и Гуджарата.

Однако массовый характер подготовка проектов семейной политики на региональном уровне приобрела лишь в конце XX в. И совпадение во времени с моментом принятия в 2000 г. Национальной политики в области народонаселения не является случайным.

Попытаемся установить**, каковы же региональные особенности политики в области народонаселения, учитывающие характерные местные черты развития административно-территориальных единиц современной Индии (см. табл. 1).

Штат **Андхра-Прадеш** стал первым в новейшей истории страны, где была принята собственная региональная политика в области народонаселения (1997 г.). К этому моменту среди штатов Юга Индии Андхра-Прадеш выделялся самыми высокими

** Однако подчеркнем, что далее последовательность анализа тех целей, которые правительство каждого из штатов планировало достичь к определенным датам XXI в., соответствует не пути «от худшего к лучшему» (или наоборот), а лишь хронологическому порядку принятия «руководства к действию».

ми значениями коэффициентов смертности⁷. Тем не менее, в число основных задач, предполагающих достижение к 2000, 2010 и 2020 гг. определенных значений демографических показателей, было включено также снижение рождаемости (прежде всего, посредством широкой пропаганды новых методов контрацепции).

Обращает на себя внимание тот факт, что принятая позднее Национальная политика в области народонаселения предполагала достижение в среднем по стране значения суммарного коэффициента рождаемости на уровне 2,1 ребенка к 2010 г. В то же время, по замыслу разработчиков региональной стратегии, в Андхра-Прадеше данный уровень должен был быть достигнут к 2000 г. С другой стороны, повышенные изначальные значения коэффициентов смертности не позволяли надеяться на снижение материнской смертности в штате до необходимого уровня (менее 100 случаев на 100 тыс. живорождений) к 2010 г.

По утверждению премьер-министра правительства Андхра-Прадеша, реализация указанных

мер должна была привести к «изменению численности, структуры и размещения населения, повышению уровня и качества жизни». При этом снижение рождаемости было провозглашено «сутью развития штата»⁸.

Кардинальным отличием политики в области народонаселения штата **Раджастхан**, принятой в 1999 г., является пристальное внимание к проблемам окружающей среды. В документах подчеркивалось, что на штат приходится менее 1% имеющихся водных ресурсов страны: воздействие на природные ресурсы населения штата, равного в 2000 г. по численности населению Италии (около 57 млн человек), «ведет к деградации окружающей среды»⁹. В этом отношении к нему близок также Уттар-Прадеш. Правительство лишь двух этих штатов ясно осознавали, что к 2010 г. не удастся снизить суммарный коэффициент рождаемости до значения в 2,1 ребенка. В число задач (помимо упомянутых выше) были включены следующие:

- средний возраст вступления девушек в брак повысить с 15 лет в 1993 г. до 18 лет в 2010 г.;
- довести к 2005 г. долю родов, принятых квалифицированными специалистами, до 100% (в 1995 г. - только 33%);
- полностью ликвидировать детский полиомиелит к 2000 г.;
- увеличить охват иммунизацией как минимум 90% детей к 2007 г. (вместо 38% в 1996 г.).

При этом подчеркивается, что те жители Раджастхана, которые после 26 января* 2001 г. вступают в брак, не достигнув установленного правительством штата возраста, лишаются возможности быть избранными в местные и региональные органы власти.

Последним штатом, принявшим собственную политику в этой области до утверждения ее общегосударственного аналога, стал **Мадхья-Прадеш**. Ее отличительной чертой является, пожалуй, наиболее широкий среди соответствующих программ всех штатов Индии диапазон задач (см. табл. 1). Помимо указанных основных задач, региональная политика в области народонаселения штата предполагала:

- увеличить долю мужских стерилизаций к 2011 г. до 20%;
- повысить к этому сроку средний возраст вступления девушек в брак до 18 лет, а рождения первого ребенка - до 21 года;
- увеличить промежуток между рождением первого и второго ребенка до 3 и более лет к 2005 г.;
- доля родов, принятых неквалифицированными специалистами, не должна к 2011 г. превышать 10%;
- мотивировать пары, имеющие двух и более детей, использовать методы контрацепции, результат действия которых является необратимым;
- разработать дифференцированные варианты региональной политики в области народонаселения, принимая во внимание территориальные различия в уровнях смертности и рождаемости внутри штата;
- увеличить охват иммунизацией как минимум 70% детей к 2005 г. и 90% к 2009 г.;
- увеличить доступность резервативов для предотвращения заболеваний, передающихся половым путем;
- предоставлять качественные услуги по планированию семьи для всех бесплодных пар на уровне дистриктов к 2005 г.;
- обеспечить всеобщий доступ к начальному образованию к 2005 г. и возможность получить полное начальное образование как минимум 30% девочек в возрасте 14-15 лет к 2005 г. и 50% - к 2011 г.

В качестве своеобразной стимулирующей меры правительством Мадхья-Прадеша предусмотрено отстранение от участия в выборах в местные и региональные органы власти лиц, имеющих после 26 января 2001 г. более двух детей. В том случае, если третий ребенок родится уже после избрания одного или обоих родителей, последние будут отстранены от исполнения своих рабочих обязанностей.

Первым штатом Индии, сформулировавшим собственную политику в области народонаселения после опубликования общегосударственного документа, стал штат **Уттар-Прадеш**. Примечательно, что это произошло 11 июля 2000 г. - во Всемирный день народонаселения. Датой стабилизации численности населения штата был указан 2016 г. Причи-

нами пятилетней (по сравнению со сроками реализации на государственном уровне) задержки, по заявлению руководителя министерства благосостояния семьи правительства Уттар-Прадеша С.Гупты, стали «колоссальные размеры штата, его культурное многообразие, огромная численность населения и нехватка промышленных мощностей»¹⁰ (по данным 2011 г. население штата - 199 млн 581 тыс. человек).

Среди важных пунктов политики штата до 2011 г. были такие:

- повысить возраст матери при рождении первого ребенка до 20 лет;
- не менее 2/3 всех родов должны быть приняты квалифицированным персоналом;
- до 85% детей должны быть охвачены иммунизацией;
- повысить до 19,5 лет к 2016 г. средний возраст вступления в брак девушек.

Нужно также отметить, что лишь в двух штатах Индии - Уттар-Прадеш и Мадхья-Прадеш - предусматривалась возможность проведения этой политики на субрегиональном уровне. В зависимости же от демографической ситуации в тех или иных районах штата предполагалось усиление одних и ослабление других направлений региональной политики.

Как и в других штатах, главный принцип политики в области народонаселения в **Гуджарате** - «...уважение репродуктивных прав мужчин и женщин»¹¹. Основными задачами были объявлены снижение к 2010 г. дискриминации по признаку пола и расширение прав и свобод женщин, а также достижение уровня простого воспроизводства населения. Более того, к 2010 г. все роды в штате должны были приниматься квалифицированным персоналом, а все дети - охвачены иммунизацией.

Достижению указанных целей, по словам разработчиков региональной политики, должны способствовать те структурные и финансовые реформы, которые направлены на улучшение «репродуктивного здоровья и здоровья детей»¹².

Уникальным штатом в реализации собственной политики является **Уттаракханд**. Созданный лишь на рубеже XX и XXI вв., этот штат уже через два года смог

* День Республики, посвящен годовщине принятия в 1950 г. Конституции Индии.

Таблица 2

Доля решенных штатами Индии к 2010 г. задач общегосударственной и региональной политики в области народонаселения, %

Региональные задачи	0-25	25-50
Общегосударственные задачи		
0-25	Мадхья-Прадеш, Гуджарат, Уттаракханд	Раджастан, Уттар-Прадеш
25-50	Андхра-Прадеш	Карнатака
50-75	Гоа, Махараштра	

Составлено по: Family Welfare Statistics in India. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Statistics Division. 2011; Sample Registration System Statistical Report 2010. New Delhi, Ministry of Home Affairs, Government of India. 2012.

начать ее реализацию. В качестве основных подходов правительство Уттаракханда рассматривало «децентрализацию, координацию совместных действий различных организаций, а также широкое вовлечение гражданского общества»¹³, в т.ч. в целях повышения средней продолжительности предстоящей жизни после рождения до 70 лет.

Гоа стал одним из последних штатов, где была принята собственная региональная политика (в 2007 г.). Подчеркивается, что ее предназначением является «...улучшение качества жизни населения Гоа на основе достижения равновесия между численностью населения и количеством потребляемых ресурсов, а улучшение состояния здоровья населения, особенно женщин и детей, - есть необходимое условие для устойчивого развития»¹⁴. Однако по причине довольно позднего принятия собственной стратегии штата в этой области время решения ее основных задач смещено с 2010-го на 2015 г., в т.ч.:

- 100%-ный охват детей иммунизацией;
- повышение доли мужских стерилизаций до 20%.

В срок до 2010 г. были запланированы:

- введение в школах предмета «Основы семейной жизни», а также создание специализированных подростковых отделений во всех центрах здоровья штата;
- обеспечение всеобщности образования и снижение доли детей, не завершающих полный курс обучения;

- полный охват современным медицинским обслуживанием беременных женщин не

позднее первого триместра беременности.

Махараштра открывает группу тех субъектов Индийской федерации, чья политика в области народонаселения не принята официально и представляет собой лишь проект. Ее задачи носят, скорее, рекомендательный, нежели обязательный характер* (см. табл. 1).

Несмотря на рекомендательный характер политики штата в области народонаселения, последняя, по своей сути, является добровольно-принудительной. Действительно, правительством Махараштры семья, имеющая не более двух детей, с 2001 г. была признана «эталонной малой семьей»: лишь те жители штата, которые приняли для себя данную норму, имеют право на:

- получение разного рода субсидий;
- занятие должностей на государственной службе;
- утвердительное решение со стороны государства на получение ссуды на покупку автомобиля, строительство жилья и т.п.;
- возмещение государством медицинских расходов¹⁵.

Правительством штата **Карнатака** политика в области народонаселения сформулирована не была: отдельные положения встречаются лишь в принятой в 2004 г. региональной политике в области здоровьесбережения. Главная тому причина - решение к рубежу тысячелетий на уровне штата большинства задач, состав-

ляющих основу Национальной политики в области народонаселения: достижение суммарным коэффициентом рождаемости значения в 2,1 ребенка; использование более 60% семейных пар современных методов контрацепции и т.п.

Однако, что примечательно, в Карнатаке, как и в большинстве штатов, дальнейшие действия в этом направлении подразумевают «...защиту прав человека и ...неиспользование любых форм принуждения»¹⁶. Правительством штата были поставлены следующие задачи:

- снижение значения суммарного коэффициента рождаемости до 2,1 ребенка в каждом дистрикте к 2010 г.;
- стабилизация численности населения штата, в целом, к 2030 г.;
- 100%-ный охват регистрации фактов рождения, смерти и заключения брака;
- повышение роли женщины в общественной жизни: предотвращение абортов при беременности плодом женского пола на основе использования современных методов диагностики;
- увеличение возраста вступления в брак для лиц обоих полов, а также удлинение периода между рождением первого и второго ребенка.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Реализация политики в области народонаселения большинством указанных выше штатов к настоящему моменту уже завершена. В этой связи представляется возможным сформулировать не-

* Такой же статус имеет политика в области народонаселения и в штатах **Керала** и **Химачал-Прадеш**, сформулированная, соответственно, в 2003 и 2005-2006 гг.

Таблица 3

Динамика значений суммарного коэффициента рождаемости в штатах Индии, реализующих собственную политику в области народонаселения

Штат	Суммарный коэффициент рождаемости, детей	
	2001	2011
Андхра-Прадеш	2,3	1,8
Раджастан	4,2	3,0
Мадхья-Прадеш	3,9	3,1
Уттар-Прадеш	4,4	3,4
Гуджарат	2,6	2,4
Уттаракханд	3,6	2,3
Гоа	1,8	1,5
Махараштра	2,6	1,8*
Карнатака	2,4	1,9

Составлено по: Annual Health Survey 2010-11 Fact Sheet - Uttarakhand. New Delhi, Ministry of Home Affairs, Government of India. 2013; *Rajan S.I.* District Level Fertility Estimates for Hindus and Muslims // Economic and Political Weekly, 2005. Vol. 40, № 5; Sample Registration System Statistical Report 2011. New Delhi, Ministry of Home Affairs, Government of India. 2013.

* *Примечание:* значение показателя при округлении до сотых долей лежит в интервале от 1,81 до 1,84, т.е. в реальности превышает заявленное в документах региональной политики в области народонаселения пороговое значение в 1,8 ребенка.

которые итоговые положения в соответствии с теми результатами, которые были (или, наоборот, не были) достигнуты.

В качестве главной характерной черты региональной политики следует назвать *низкую степень ее эффективности*. Действительно, если обратиться к доступным статистическим источникам, становится очевидным, что большая часть штатов не достигла запланированных результатов (см. табл. 2).

Обращает на себя внимание отсутствие штатов, которые решили бы более половины задач региональной политики в области народонаселения к 2010 г. При этом смогли реализовать более 50% исходных общегосударственных положений лишь два штата Западной Индии - Гоа и Махараштра. В немалой степени благоприятствовал этому экономический потенциал Мумбаи - финансовой столицы и крупнейшего по численности населения города страны. Тем не менее, вызывает опасения, прежде всего, тот факт, что ни один штат Индии так и не сумел достичь заявленных в региональных документах значений

суммарного коэффициента рождаемости (см. табл. 3), а также среднего возраста вступления девушек в брак. Напротив, кампании по снижению смертности и внедрению современных методов контрацепции оказались довольно удачными.

Данные табл. 2 не должны вводить в заблуждение: такие развитые в экономическом и демографическом отношении штаты, как Гоа, Махараштра, Карнатака и Андхра-Прадеш, установили для себя довольно высокую планку, которая, пусть и с некоторым опозданием, но все-таки будет взята. В то же время депрессивные штаты из группы БИМАРУ*, а также «отколовшийся» от нее Уттаракханд, не смогли достичь и того невысокого уровня, который был установлен в качестве перспективы на 2010-2011 гг. Своеобразным штатом-лимитрофом в этом отношении выглядит Гуджарат: достаточно развитый экономически, он в демографическом плане в большей степени тяготеет к своему северному соседу

* Бихар, Мадхья-Прадеш, Раджастан, Уттар-Прадеш.

- Раджастану, нежели к южному - Махараштре.

Как представляется, большинство штатов, принявших собственную политику в области народонаселения, продолжают ее реализацию. Уже сейчас к данной группе примкнули, по крайней мере, два штата - **Джаркханд** и **Тамилнад**, предпринимающие перспективные действия в этом направлении. Демографическая политика проводилась ими в той или иной степени и ранее, однако к своеобразной пограничной черте - 2010 г. - они подошли с совершенно различными результатами.

Джаркханд в этом отношении близок к группе БИМАРУ¹⁷, что вполне естественно, т.к. до 2000 г. входил в состав Бихара. В то же время Тамилнад представляет собой уникальную административно-территориальную единицу Индии, сравниться с которой по степени эффективности демографической политики может лишь другой штат Юга - Керала, а также Гоа. Именно эти штаты ранее намеченной даты (2010 г.) решили почти все задачи общегосударственной демографической политики: для их населения характерен один из самых низких суммарных коэффициентов рождаемости (1,6-1,7), коэффициентов младенческой (10-24) и материнской (менее 100) смертности, самый высокий** средний возраст вступления девушек в брак, и т.д. В этой связи достижение еще более впечатляющих показателей¹⁸ в ходе реализации политики в области здоровьесбережения и благосостояния семьи в Тамилнаде к 2017 г. представляется вполне осуществимым.

Таким образом, можно говорить об определенных успехах в достижении популяционным гигантом Южноазиатского субконтинента запланированных результатов политики в области народонаселения. Однако региональные диспропорции вносят существенные коррективы в механизмы этого процесса. Большое количество людей в трудоспособном возрасте в ближайшее время может стать тем демографичес-

** За исключением штата Джамму и Кашмир, где большую часть населения составляют мусульмане. Объяснением данного факта может служить низкая доля официально регистрируемых здесь браков (в особенности, среди низших слоев населения).

ким дивидендом, который будет способствовать становлению Индии в качестве новой сверхдержавы. Однако, по утверждению правительства страны, это станет возможным только при выполнении двух обязательных условий¹⁹:

1) улучшение здравоохранения и образования в целом, а также совершенствование умений и навыков работающего населения;

2) темпы экономического роста должны не только быть высокими, но и обеспечивать достойный уровень заработной платы с целью удовлетворения основных потребностей молодежи.

Действительно, по крайней мере до середины нынешнего столетия проблема снижения численности населения в трудоспособном возрасте для Индии не будет определяющей. В этой связи на первый план выходит необходимость перехода количества в качество, т.е. максимально эффективное использование накопленного страной человеческого потенциала. Это актуально не только и не столько для Индии начала XXI в., сколько для той Индии, которая, вне всяких сомнений, будет одним из наиболее влиятельных игроков на мировой геополитической арене середины и конца столетия. Постепенное снижение рождаемости и повышение продолжительности жизни приведут к увеличению доли пожилых людей, экономическое и социальное благополучие которых будет зависеть, в

первую очередь, от степени интенсификации общественного производства.

При этом ожидания экспертов в отношении Индии можно считать более оптимистичными даже в сравнении с главным демографическим, экономическим и политическим соперником - Китаем. Так, к 2050 г. все жители Индии будут иметь суточный доход выше официально установленного на международном уровне прожиточного минимума (в настоящее время - \$1,25)²⁰. Численность же населения Китая, живущего за чертой бедности, достигнет 12,4 млн человек, или 0,8% населения страны²¹. Основную их часть будут составлять одинокие старики, проживающие, в основном, в городах, - результат проводимой вплоть до настоящего времени политики «Одна семья - один ребенок». Данная социально-демографическая угроза особенно актуальна в связи с произошедшим в 2012 г. урбанистическим переходом, когда численность городского населения Китая превысила численность жителей сельской местности.

Запаздывание урбанизации, а также четко выраженная региональная дифференциация демографических процессов в Индии, по сравнению с Китаем, имеют своим следствием две противоположные тенденции.

С одной стороны, индийская экономика развивается медленнее, и все возрастающее демо-

графическое давление на производительные силы, по всей видимости, не позволит Индии достичь тех ошеломляющих успехов, которых достиг Китай. В то же время учет китайского опыта и китайских ошибок демографической политики будет способствовать устойчивому развитию Индии по мере достижения населением страны планки в 1,7 млрд человек во второй половине XXI в., когда Китай уже вступит на путь депопуляции²².

Более того, своеобразным козырем в этом противостоянии у Индии будет неравномерность протекания демографических процессов в штатах страны. Демографическая волна старения населения будет «накрывать» Индию постепенно, распространяясь с юга и юго-запада на север и северо-восток страны (см. *табл. 1 и 2*). В тот момент, когда штаты Юга Индии начнут испытывать явный дефицит трудовых ресурсов, достаточно многочисленное население штатов Севера станет той «подушкой безопасности», которая при должном уровне экономического и социального обеспечения сможет гарантировать поступательный характер устойчивого развития потенциального лидера мирового списка наиболее населенных государств.

¹ National Commission on Population. Historical Prospective - <http://populationcommission.nic.in/hp.htm>

² India First Five Year Plan. Ch. 32 (Health) - <http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/index1.html>

³ Family Welfare Statistics in India - 2011. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare, Statistics Division. 2011.

⁴ National Commission on Population...

⁵ *Нилекани Н.* Образ новой Индии: Эволюция преобразующих идей. М., Альпина Паблишерз. 2010, с. 50.

⁶ Rao G.R. A Population Policy for the Bombay Presidency // Journal of University of Bombay, 1939, № 8 (1).

⁷ Sample Registration System Bulletin. April 1999. Vol. 1, № 33 - http://jsk.gov.in/srs-bulletin/Bulletin_1999_Vol_33_No_1%20April.pdf

⁸ Visaria P. Population Policy - <http://data.undp.org.in/hdrc/thematicResource/PopnDmgphy/PravinVisaria.pdf>

⁹ Ibidem.

¹⁰ National Colloquium on Population Policy. Development and Human Rights. New Delhi, Ministry of Health and Family Welfare. 2003.

¹¹ Population Policy of Gujarat. Gandhinagar, Health and Family Welfare Department, Government of Gujarat. 2002.

¹² Reddy M.R. Integrating Population into Development: Emergence of State Population Policies in India - <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51260>

¹³ Ibidem.

¹⁴ Goa Population Policy. Porvorim, Directorate of Health Services, Government of Goa. 2007.

¹⁵ Maharashtra Govt. Resolution. State Population Policy. Mumbai, Public Health Department, Maharashtra Government. 2000.

¹⁶ Karnataka State Integrated Health Policy. Bangalore, Department of Health and Family Welfare, Government of Karnataka. 2004.

¹⁷ A Policy Response to Increase Access to Family Planning Services for the Poor in Jharkhand, India. Washington, One Thomas Circle. 2010.

¹⁸ Policy Note on Health and Family Welfare. Chennai, Health and Family Welfare Department, Government of Tamil Nadu. 2012.

¹⁹ Faster, Sustainable and More Inclusive Growth. An Approach to the 12th Five Year Plan. New Delhi, Planning Commission. 2011; World Population Prospects, the 2010 Revision - http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm

²⁰ Hillebrand E. Poverty, growth, and inequality over the next 50 years // FAO Expert meeting on How to Feed the World in 2050, Rome, 24-26 June 2009 - <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/012/ak542e/ak542e03.pdf>

²¹ World Urbanization Prospects: The 2009 Revision Population Database - <http://esa.un.org/wup2009/unup/index.asp?panel=1>

²² World Population Prospects, the 2010 Revision - http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population.htm